RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'OUTAOUAIS

Direction [redacted]

CONSULTATIONS RÉGIONALES

dans le cadre de la

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Un portrait de santé de la population de la région de l'Outaouais en l'an 2000

Version mise à jour le
2000-11-06

106-06205/

Table des matières

1- Introduction 1

2- La toile de fond 2
2.1 La démographie 2
2.2 L'économie et la situation frontalière 5
2.3 Les disparités économiques intra régionales 7

3- L'espérance de vie et la mortalité 11
3.1 L'espérance de vie 11
3.2 La mortalité infantile, la prématurité et les naissances de poids insuffisant 12
3.3 La mortalité générale 13
3.4 La mortalité par causes spécifiques 14
3.5 La mortalité prématurée 16

4- Les hospitalisations 18

5- Les principaux problèmes de santé 22
5.1 Les maladies chroniques 22
5.2 Les limitations d'activités 23
5.3 Certaines problématiques sociales touchant notamment les jeunes et les femmes 25
5.4 Les principaux problèmes de nature infectieuse 28
5.5 Les principaux problèmes de santé environnementale et de santé au travail 29

6- La perception de l'état de santé 29

7- Les habitudes de vie 31
7.1 L'activité physique 31
7.2 L'indice de masse corporelle 32
7.3 La consommation d'alcool 33
7.4 Le tabagisme 34

8- Résumé et conclusion 35

Références 39

Liste des figures et tableaux

Figure 1 : Carte des territoires sociosanitaires..... 3
Avec les municipalités, Outaouais

Figure 2 : Évolution du nombre annuel de décès par cancers..... 4
En Outaouais (estimation)

Figure 3 : Évolution du taux du chômage en Outaouais et..... 6
dans l'ensemble du Québec, 1987 à 1998

Figure 4 : Pourcentage des ménages vivant sous le seuil de..... 8
faible revenu en Outaouais
Recensement 1996

Figure 5 : Pourcentage des ménages vivant sous le seuil de.....10
faible revenu, villes de Hull, Gatineau et Aylmer
Recensement 1996

Figure 6 : Évolution de l'espérance de vie en bonne santé,.....11
Outaouais et ensemble du Québec, 1987 et
1992-1993

Figure 7 : Proportions des naissances vivantes de poids.....13
insuffisant, Outaouais et ensemble du Québec,
1981-1983 à 1990-1992

Figure 8 : Évolution des taux de mortalité «toutes causes» 14
Ajustés pour l'âge, sexes réunis, Outaouais et
ensemble du Québec, 1969-1973 à 1989-1993

Figure 9 : Causes de décès associées à la surmortalité relative.....15
de 5% observée en Outaouais comparativement au
Québec (1989-1993)

Figure 10 : Causes les plus fréquentes de mortalité prématurée et 17
proportions du taux global d'années potentielles de vie
perdues, Outaouais, 1993-1997

Figure 11 : Répartition en % des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les femmes, année 1998-1999 18

Figure 12 : Répartition en % des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les hommes, année 1998-1999 20

-/-

Tableau 1 : Fréquence des problèmes de santé, Outaouais et ensemble du Québec, 1998 23

Tableau 2 : Causes et origines de limitation d'activités, population et ménage privé, Outaouais et ensemble du Québec, 1998 24

Tableau 3 : Évolution des taux de limitation d'activités, selon le sexe, population en ménage privé, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998 24

Tableau 4 : Évolution des taux de limitation d'activités, selon le groupe d'âge, population en ménage privé, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998 25

Tableau 5 : Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires Secteur des jeunes et des adultes 27

Tableau 6 : Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant une perception positive de leur état de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998 et Québec 1998 30

Tableau 7 : Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998 31

Tableau 8 : Indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993, 1998, et ensemble du Québec 1998 32

Tableau 9 : Profils de consommation d'alcool, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998, et ensemble du Québec 1998 33

Tableau 10 : Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993, 1998 et ensemble du Québec 1998 34

Tableau 11 : Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, selon le sexe, Outaouais et ensemble du Québec, 1998 35

1. Introduction

Ce document s'inscrit dans le cadre des consultations régionales de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux («Commission Clair») sur l'organisation et le financement du système de santé québécois, menées à l'automne 2000 à l'initiative de la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, Mme Pauline Marois. Nous croyons que ce portrait de santé régional est pertinent aux travaux de la Commission dans la mesure où il soulève des enjeux importants en lien avec l'état de santé et de bien-être de la population de l'Outaouais.

Par ailleurs, nous sommes conscients que tout portrait de santé est forcément teinté du choix des indicateurs utilisés. À cause notamment de contraintes de temps, celui-ci n'a pas la prétention d'être complet. Il se pose plutôt en complément à celui brossé par le Ministère dans son document de support à la consultation intitulé *Santé au Québec : quelques indicateurs*[1] (juin 2000).

Nous ne répéterons donc pas les constats généraux qui s'appliquent à l'ensemble du Québec, mais insisterons plutôt sur les faits saillants et les spécificités de l'analyse régionale, en ayant recours à des indicateurs complémentaires au besoin. Nous rendrons compte notamment de l'influence de notre situation frontalière avec l'Ontario sur l'état de santé et de l'impact de certaines problématiques sociales impliquant les jeunes, les femmes et certains groupes socio-économiquement défavorisés dans la région. Enfin, nous traiterons brièvement de certains problèmes de nature infectieuse et environnementale qui sont actuellement en émergence, qui ne sont pas mentionnés dans le portrait provincial et que nous jugeons important de faire connaître dans le cadre de cette consultation.

D'emblée, nous adhérons aux constats généraux mentionnés en introduction au document ministériel, soit :

- le vieillissement de la population, qui imprime une tendance lourde à l'évolution des problèmes de santé et à la demande de services;

- les écarts de santé importants entre les groupes socio-économiques, entre les hommes et les femmes, entre les familles monoparentales et les personnes vivant en couple;

- la nécessité d'intervenir au niveau de l'environnement physique, social et économique des personnes pour réduire ces disparités, notamment par des actions intersectorielles;

- la pertinence de rejoindre les enfants et les jeunes le plus tôt possible dans leur existence, car les chances inégales de grandir et de vieillir en santé remontent aux premières années de vie;

- l'obligation de mieux répondre aux besoins d'un nombre grandissant de personnes vivant avec une maladie chronique ou une incapacité.

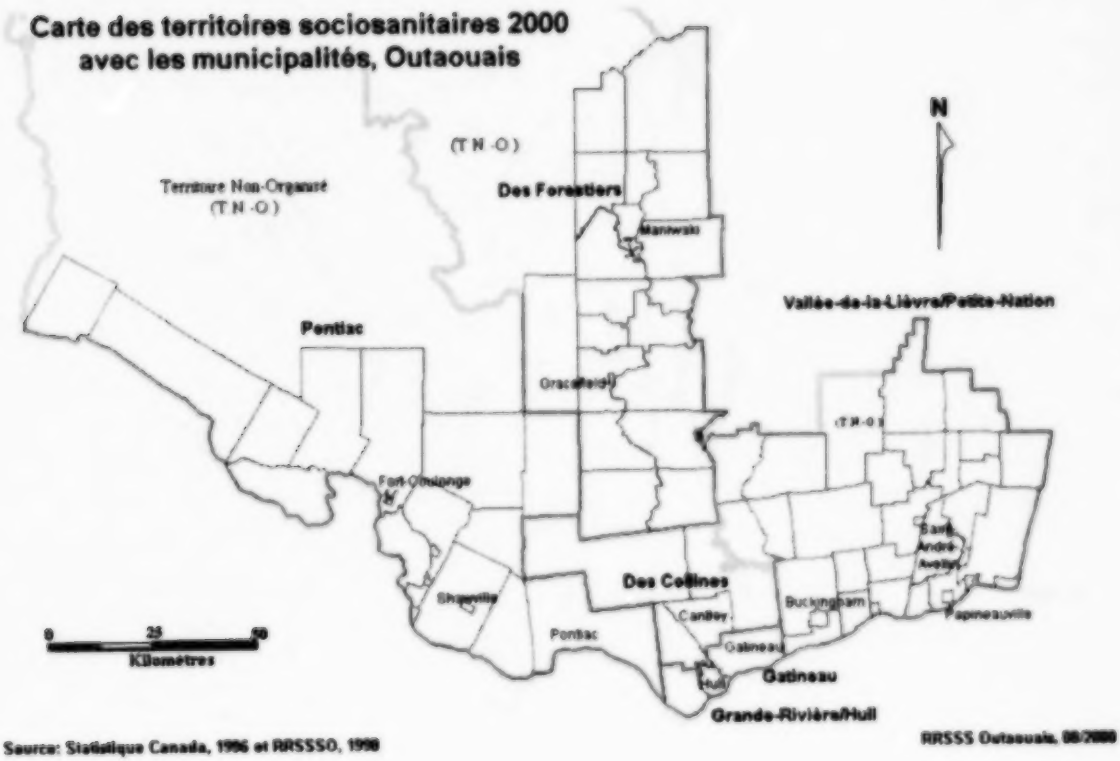
Nous réitérons notre vision d'un système de santé dont la finalité est l'amélioration constante de l'état de santé. Dans cette perspective, nous croyons que les discussions qui auront lieu quant au financement et à l'organisation des services de santé et des services sociaux doivent tenir compte de l'impact à moyen et à long terme qu'auront les changements préconisés sur la santé et le bien-être de la population du Québec et de l'Outaouais.

2. La toile de fond

2.1 La démographie

La région de l'Outaouais s'étend sur plus de 33 000 km^2. Elle comprend une communauté urbaine et quatre municipalités régionales de comté (MRC). La communauté urbaine de l'Outaouais (CUO) regroupe les villes de Hull, Gatineau, Aylmer, Buckingham et Masson-Angers. Pour la planification et la dispensation des services de santé et des services sociaux, la région est divisée en six territoires socio-sanitaires (figure 1). Trois résidents de l'Outaouais sur quatre vivent sur le territoire de la CUO.

Figure 1



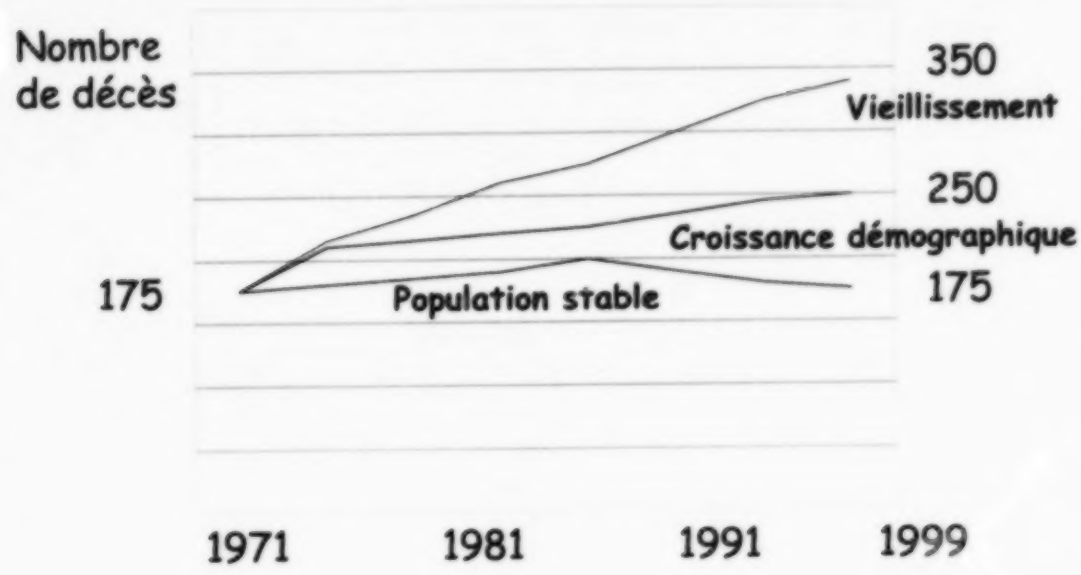
La région comptait 307 441 habitants au recensement de 1996, soit environ 4% de la population du Québec. C'est l'une des régions où la population augmente le plus rapidement, surtout grâce aux migrations, car la fécondité reste faible. Selon les projections de l'Institut de la Statistique du Québec, l'Outaouais est l'une des quatre régions du Québec dont la croissance démographique dépassera 10% d'ici l'an 2011. Cette croissance se fera surtout sur le territoire de la CUO et dans les tranches les plus âgées de la population, alors que la population de jeunes devrait décroître.

En effet, même si elle est encore une des plus jeunes comparativement à celles des autres régions du Québec, la population de l'Outaouais vieillit rapidement, surtout dans les secteurs semi-urbains et ruraux. Le nombre de personnes de 65 ans et plus a augmenté de 50% dans la région entre 1986 et 1996. La tranche d'âge des 39-54 ans, qui correspond à la génération des «baby boomers», constitue aujourd'hui le groupe démographique le plus important.

Cela dit, le vieillissement de la population doit être dédramatisé: il s'apparente davantage à l'avancée d'un glacier qu'à un raz-de-marée. Le phénomène a néanmoins un effet inexorable sur l'évolution des problèmes de santé, entraînant notamment une hausse importante de la prévalence des maladies chroniques et du nombre de décès. À titre d'exemple, nous avons réalisé, à l'aide d'un modèle de Statistique Canada, une analyse de l'évolution du nombre de décès par cancers dans la région, tenant compte des effets de la croissance démographique (augmentation du nombre d'habitants) et du vieillissement (augmentation de la moyenne d'âge de la population) (figure 2). L'évolution réelle du nombre de décès est représentée par la courbe du haut. La courbe du milieu représente l'évolution qui prévaudrait si la population croissait tout en conservant la même structure d'âge, et la courbe du bas celle que l'on observerait si la taille de la population et les proportions des différents groupes d'âges demeuraient inchangées.

Figure 2

Evolution du nombre annuel de décès par cancers en Outaouais (estimation)



Environ 15% de la population de l'Outaouais est de langue maternelle anglaise. Les anglophones représentent 58% de la population de la MRC Pontiac, 31% de la population d'Aylmer et 28% de la population de la MRC des Collines.

Enfin, l'Outaouais est le troisième pôle d'immigration au Québec; on y dénombrait 15 000 immigrants en 1996. Environ la moitié d'entre eux sont originaires d'Europe et un quart proviennent de pays d'Asie. La grande majorité des nouveaux arrivants s'installent en Outaouais urbain.[2]

2.2 L'économie et la situation frontalière

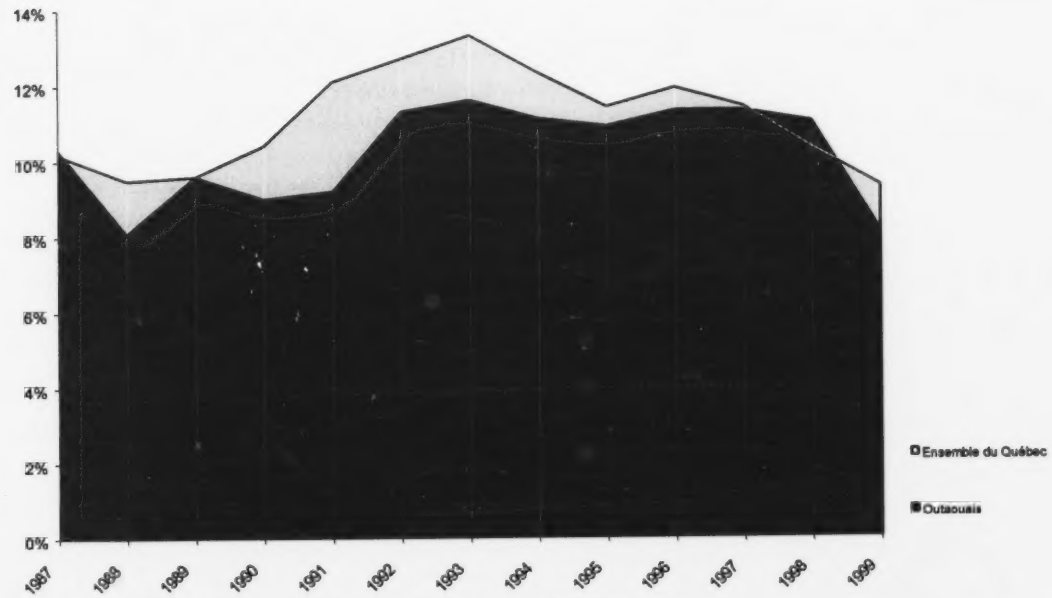
Le Conference Board annonçait le 2 août 2000 que la région métropolitaine de recensement (RMR) d'Ottawa-Hull profiterait de la plus forte expansion économique de toutes les régions urbaines du Canada au cours des prochaines années.[3] Cependant, si le passé est garant de l'avenir, ces prévisions sont trompeuses, puisque Ottawa-Carleton continuera à être largement responsable de la bonne performance économique de la RMR. Déjà, en 1986, malgré des salaires plus élevés et un taux de chômage plus bas que la moyenne québécoise, l'Outaouais urbain faisait figure de banlieue pauvre de la capitale nationale.[4]

Après une période de croissance rapide à la fin des années '80, la situation économique de l'Outaouais n'a cessé de se détériorer de 1991 à 1998, année où le taux de chômage a dépassé la moyenne québécoise pour la première fois depuis 1987 (figure 3). Le nombre d'emplois n'a crû que de 1,6% durant cette période et la grande majorité des nouveaux emplois ont été des emplois à temps partiel, alors que le nombre d'emplois à plein temps a diminué de 8%.[5] Le taux de chômage a toutefois chuté de façon importante en 1999.

Par ailleurs, alors que les secteurs primaire et secondaire, moteurs traditionnels de l'économie outaouaise (particulièrement en milieu rural), sont en perte de vitesse, plus de 50 000 personnes (36% de la main d'œuvre active) traversent chaque jour la rivière des Outaouais pour aller travailler en Ontario.[6] Le développement de l'économie de la région est maintenant largement tributaire du secteur tertiaire (85% des emplois), et notamment des domaines de la haute technologie et de la fonction publique fédérale, dont les pôles majeurs de développement se situent du côté ontarien.[7] Par ailleurs, de nombreux partenaires locaux et régionaux œuvrent actuellement en vue de diversifier l'économie de l'Outaouais dans les domaines de pointe, de façon à faire profiter la région de l'essor économique d'Ottawa-Carleton tout en assurant son propre développement.

Figure 3

Évolution du taux du chômage en Outaouais et dans l'ensemble du Québec, 1987 à 1998



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, moyenne annuelle révisée.
Données fournies par Emploi Québec Outaouais

La proximité et la prospérité relative de la capitale nationale ont aussi eu pour effet de ralentir le développement des institutions publiques de l'Outaouais. Par exemple, une étude réalisée en mai 2000 par la Direction régionale du ministère de l'Éducation conclut que la force d'attraction des programmes post-secondaires offerts dans l'est ontarien entraîne un exode massif des étudiants de la région (4 000 par année) vers la province voisine et contribue à freiner le développement en Outaouais urbain de nouveaux programmes mieux adaptés aux secteurs de pointe.[8]

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la problématique découlant de la situation frontalière de l'Outaouais a été amplement documentée et diffusée.[9]

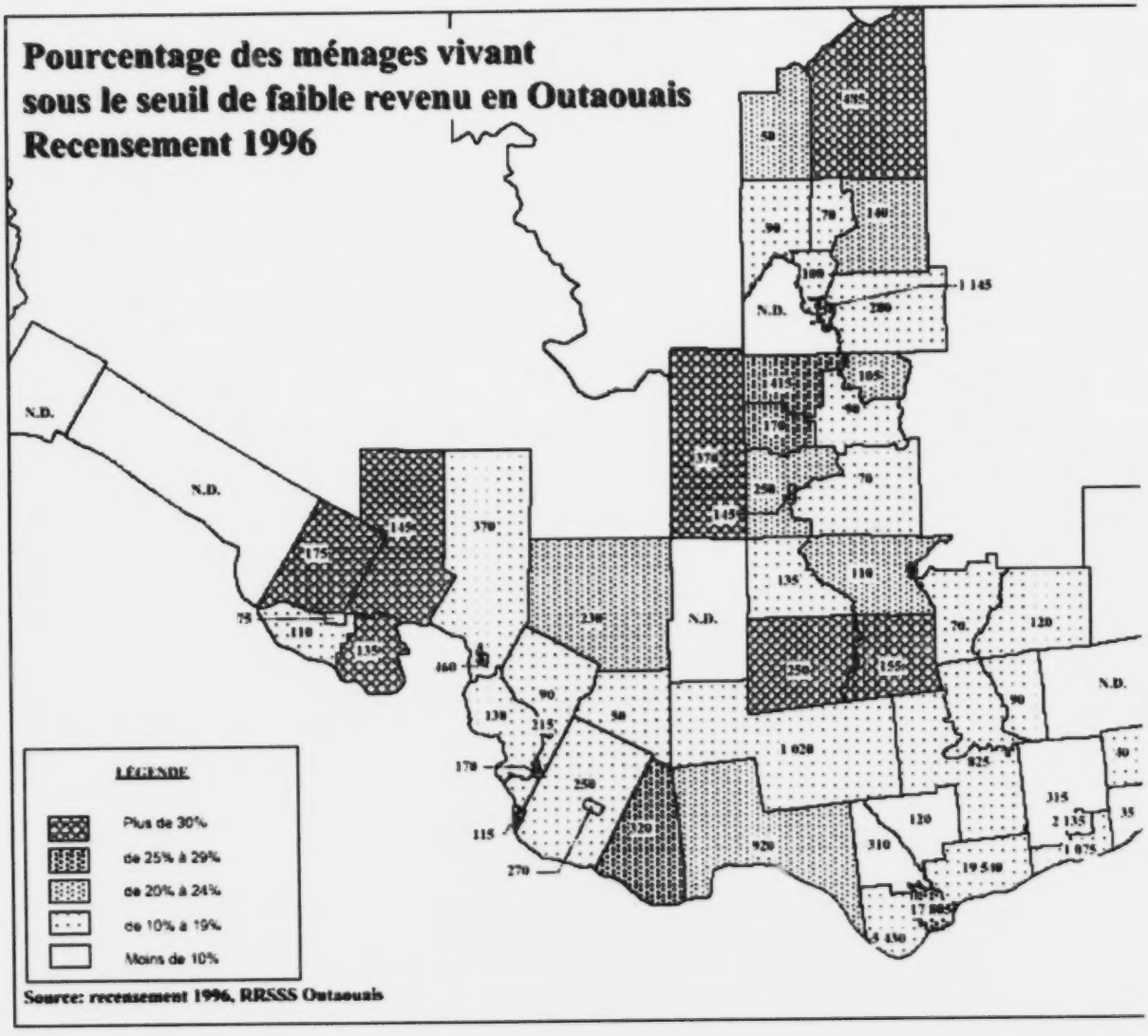
En dépit des investissements importants qui ont été consentis dans la région depuis 1982 et du succès du «rapatriement» de la clientèle qui consulte en Ontario, la population continue à y consommer des services de santé, notamment hospitaliers, qui pourraient être rendus en Outaouais. La situation est cependant appelée à évoluer au cours des prochaines années avec le développement de la troisième phase du plan de rapatriement de la Régie régionale, qui accroîtra le niveau d'auto-suffisance régionale.

En résumé, la «tertiarisation» de l'économie régionale, nettement défavorable à l'Outaouais au sein de la RMR d'Ottawa-Hull, et sa dépendance face aux institutions de l'est ontarien, exercent un effet négatif sur son développement humain et social, ainsi que sur l'état de santé de sa population.

2.3 Les disparités économiques intra régionales

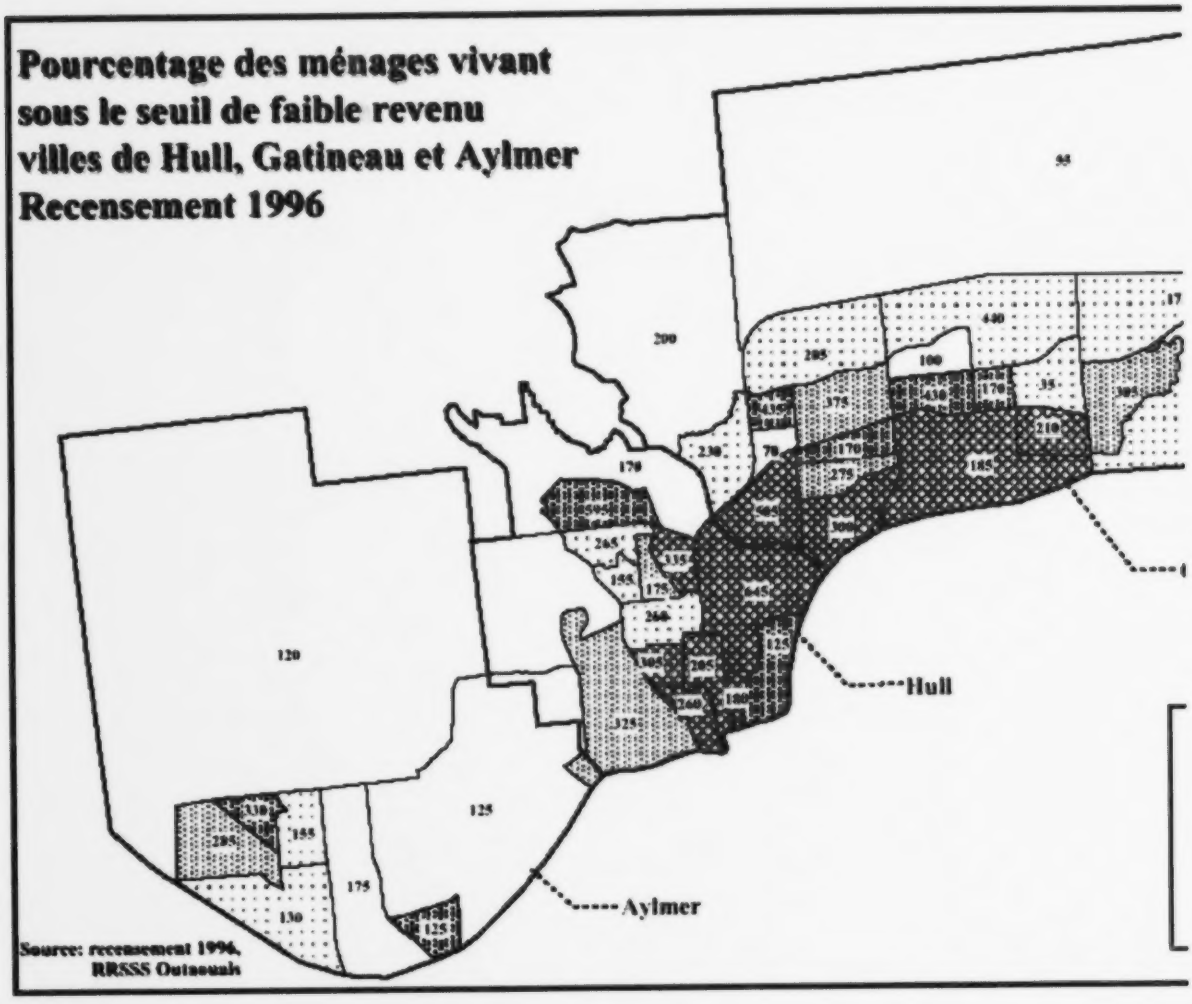
On observe des inégalités socio-économiques importantes entre les différents territoires de l'Outaouais, les territoires ruraux étant en général les plus défavorisés. En moyenne, les ménages de Hull, Gatineau, Aylmer et ceux de la MRC des Collines présentent les revenus les plus élevés, alors que ceux des territoires des Forestiers, du Pontiac et de la Petite-Nation ont les revenus les plus faibles (figure 4).

Figure 4


Pourcentage des ménages vivant
sous le seuil de faible revenu en Outaouais
Recensement 1996
N.D.
N.D.
N.D.
N.D.
N.D.
N.D.
LÉGENDE
Plus de 30%
de 25% à 29%
de 20% à 24%
de 10% à 19%
Moins de 10%
Source: recensement 1996, RRSSS Outaouais

Des disparités économiques importantes existent aussi entre les quartiers au sein des grandes villes de l'Outaouais urbain (figure 5). Ces disparités sont associées à des écarts mesurables dans l'état de santé. Ainsi, en 1986, l'espérance de vie à la naissance observée dans les quartiers les plus pauvres de Hull-Gatineau-Aylmer était inférieure d'environ 7 ans à celle observée dans les quartiers les plus favorisés. Il existait également un important gradient de mortalité selon le revenu moyen des quartiers, tant pour la mortalité «toutes causes» que pour la grande majorité des causes spécifiques de décès, à l'exception notable du cancer du sein.[4] Les mêmes analyses seront reprises en lien avec le recensement de 1996, mais d'ores et déjà les tendances observées ailleurs au Québec laissent croire que les écarts associés aux conditions socio-économiques n'auront pas diminué.

Figure 5


Pourcentage des ménages vivant
sous le seuil de faible revenu
villes de Hull, Gatineau et Aylmer
Recensement 1996
Hull
Aylmer
Source: recensement 1996,
RRSSS Outaouais

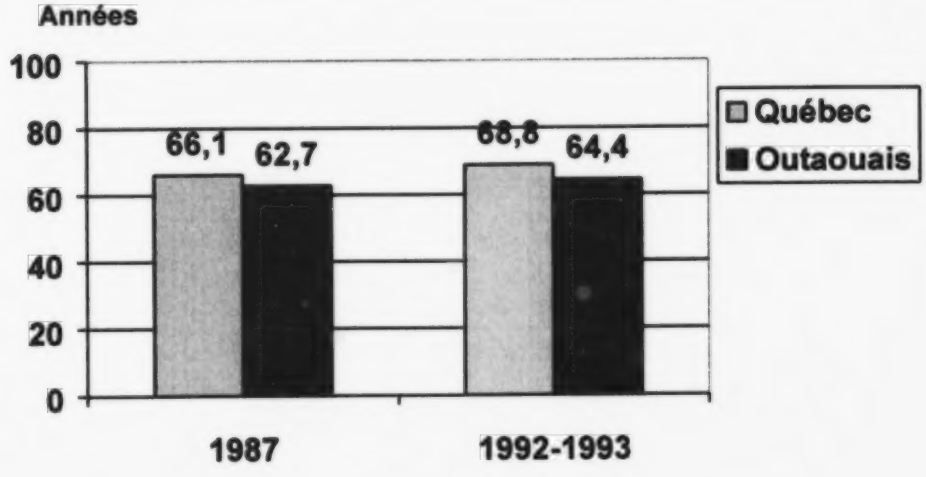
3. L'espérance de vie et la mortalité

3.1 L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance en Outaouais est d'environ 74 ans chez les hommes et de 81 ans chez les femmes. Elle continue d'augmenter, quoique moins rapidement que durant les décennies précédentes. L'espérance de vie dans la région demeure légèrement plus faible que dans l'ensemble du Québec. Cependant, ce retard, qu'on observe depuis plus de 30 ans, commence à diminuer. Par contre, l'espérance de vie en bonne santé en Outaouais est l'une des plus faibles des 18 régions du Québec (figure 6).

Figure 6

Évolution de l'espérance de vie en bonne santé, Outaouais et ensemble du Québec, 1987 et 1992-1993



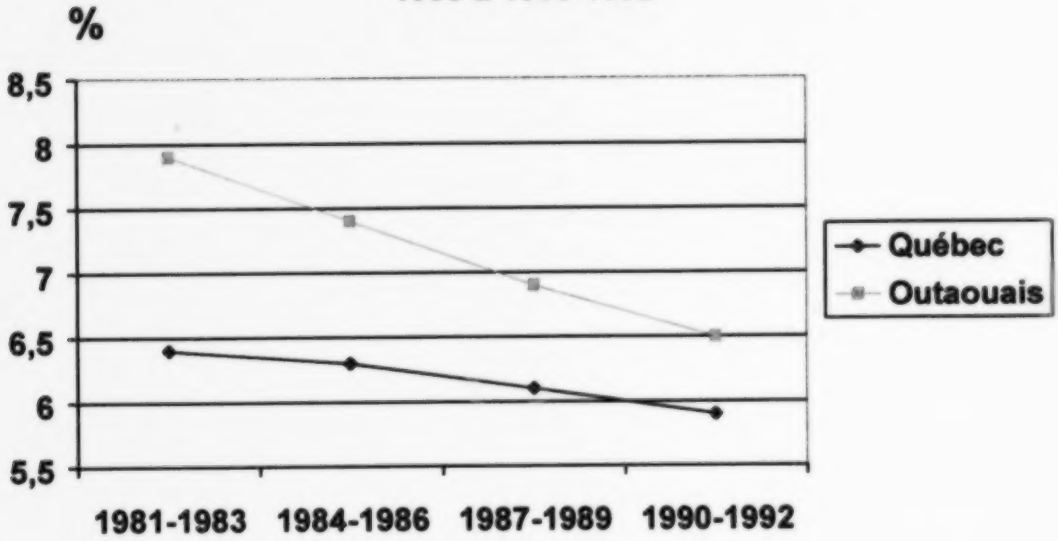
Source : MSSS, 1997

3.2 La mortalité infantile, la prématurité et les naissances de poids insuffisant

Les taux de mortalité infantiles observés en Outaouais sont similaires à ceux du Québec depuis le début des années '80. En outre, la diminution importante des taux observée dans l'ensemble du Québec de 1988 à 1996 a été suivie d'une baisse équivalente dans la région. Par ailleurs, la survie d'un plus grand nombre de nouveau-nés et de jeunes enfants ne signifie pas nécessairement qu'ils connaîtront un développement physique et mental harmonieux. Nous savons depuis longtemps que les bébés prématurés ou de petit poids à la naissance connaissent davantage de problèmes de santé dans l'enfance et risquent de se développer moins bien sur le plan cognitif et relationnel. À cet égard, les excès observés dans les taux de naissances prématurées et de naissances de bébés de poids insuffisant dans la région sont préoccupants (figure 7). Il existe un consensus dans la littérature actuelle à l'effet que les mesures de suivi intensif médico-psycho-social des familles à risque par une intervenante privilégiée constituent le meilleur moyen de prévenir les issues défavorables de grossesse. Or, même si huit des neuf CLSC de la région offraient en 1998-1999 des programmes structurés de type «Naître égaux et grandir en santé», ces mesures sont encore insuffisantes pour couvrir l'ensemble des clientèles défavorisées.

Figure 7

Proportions (%) des naissances vivantes de poids insuffisant, Outaouais et ensemble du Québec, 1981-1983 à 1990-1992



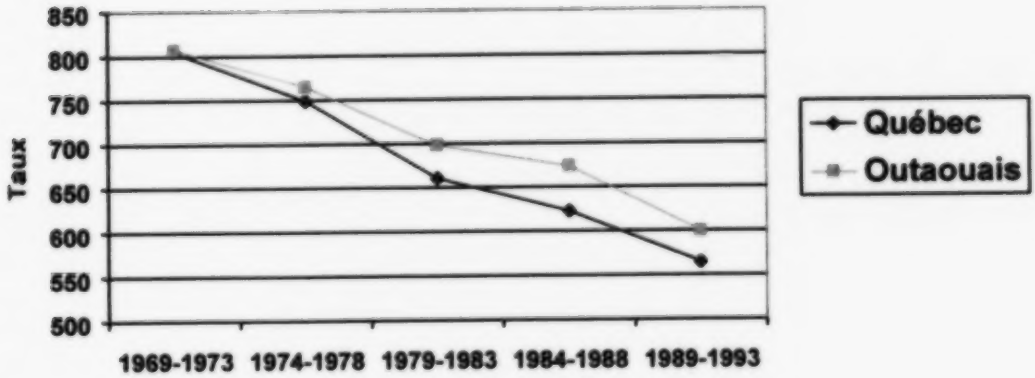
Source : MSSS, 1997

3.3 La mortalité générale

Le taux de mortalité générale («toutes causes»), ajusté pour tenir compte du vieillissement de la population, diminue de façon constante en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. Par ailleurs, le taux observé en Outaouais est encore d'environ 5% supérieur au taux québécois. L'écart avec le Québec a augmenté jusqu'à la fin des années '80 mais il semble maintenant en voie de s'amenuiser (figure 8).[10]

Figure 8

Taux de mortalité "toutes causes", par 100 000, ajustés pour l'âge, sexes réunis, Outaouais et ensemble du Québec, 1969-1973 à 1989-1993



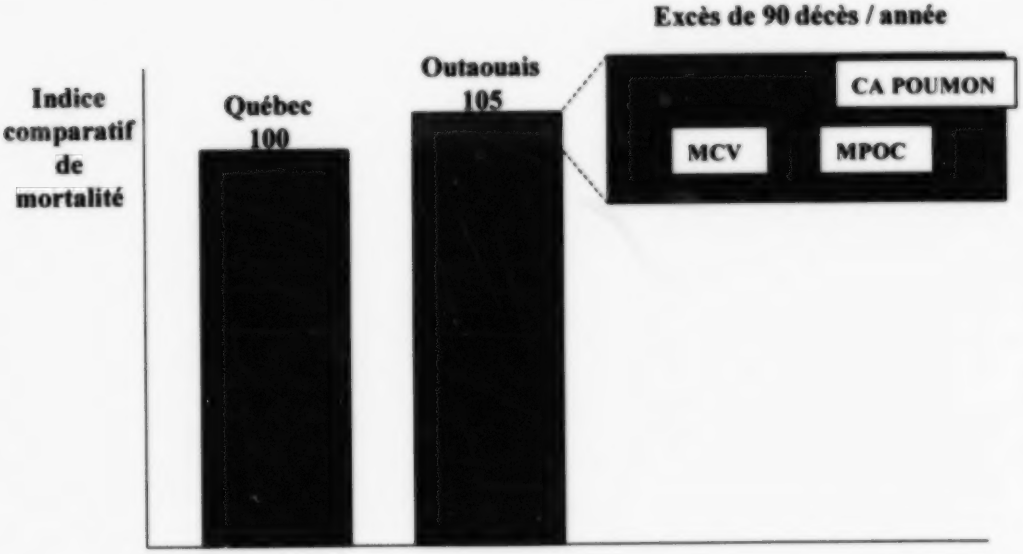
Source : Direction de la santé publique de l'Outaouais, 1997

3.4 La mortalité par causes spécifiques

La totalité de la surmortalité relative de 5% (90 décès excédentaires par année environ) observée au cours des dernières années dans la région est attribuable à seulement trois causes de décès, soit les maladies cardiovasculaires (MCV, 50 décès excédentaires), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC, 25 décès excédentaires) et le cancer du poumon (15 décès excédentaires) (figure 9). Ces trois causes évitables de mortalité sont également responsables de plus de la moitié de tous les décès survenant dans la région, tant chez les hommes que chez les femmes, et elles sont fortement reliées à l'usage du tabac.[11] Les données de l'enquête Santé Québec sur l'évolution du tabagisme en Outaouais et dans l'ensemble du Québec sont d'ailleurs présentées dans l'avant-dernière section du document.

Figure 9

Causes de décès associées à la
surmortalité relative de 5% observée en
Outaouais comparativement au Québec (1989-1993)



Bien que l'Outaouais ne présente de surmortalité relative pour aucune autre cause spécifique de décès, certaines tendances partagées avec le Québec sont préoccupantes. Ainsi, le taux de suicide augmente rapidement depuis le début des années '90, particulièrement chez les hommes appartenant au groupe d'âge des 25-44 ans et résidant à l'extérieur de l'Outaouais urbain.[12] Les taux de décès ajustés pour l'âge associés au cancer du poumon chez les femmes, aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et aux lymphomes sont également en augmentation.

D'autres causes de décès sont en régression dans la région et dans l'ensemble du Québec. La baisse des taux ajustés de décès par maladies cardiovasculaires se poursuit au rythme moyen de 3% par an.

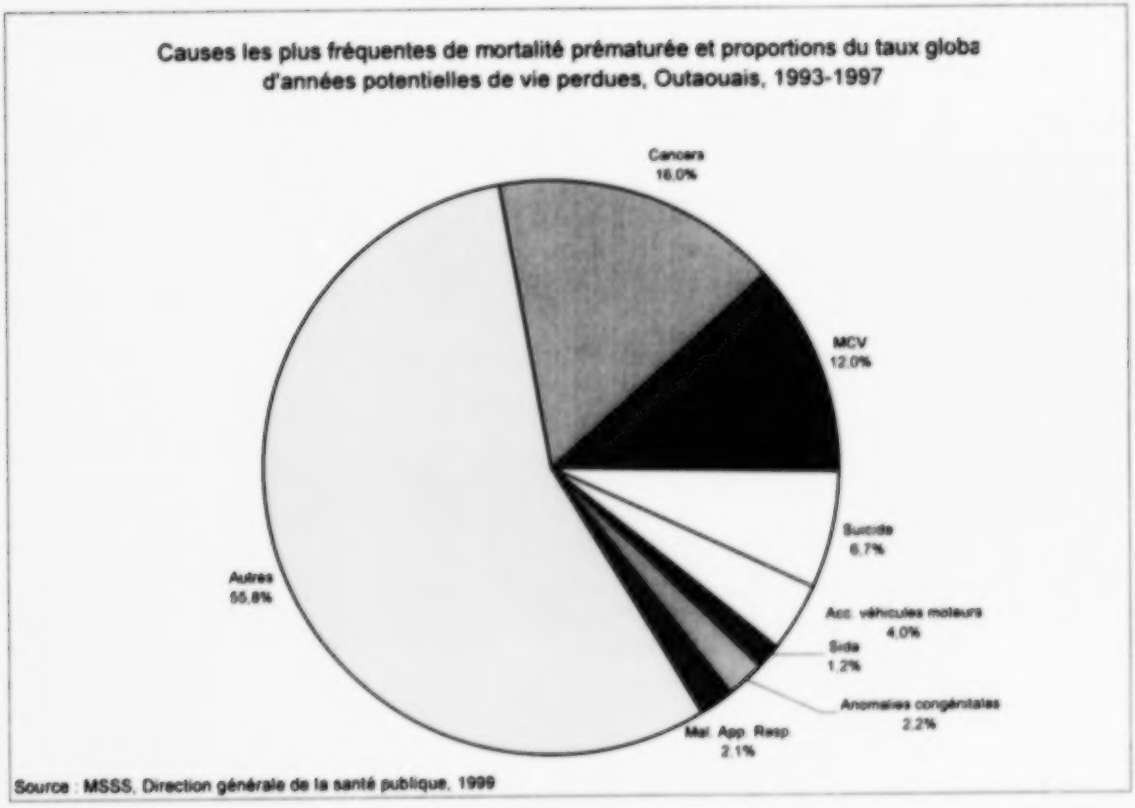
Selon la littérature, une part importante de cette baisse serait attribuable à l'amélioration des habitudes de vie et notamment au recul du tabagisme.

Les taux ajustés associés au cancer du poumon chez les hommes, au cancer du sein et à plusieurs autres types de cancers sont en diminution constante, de même que la mortalité par accidents de véhicules moteurs. Dans le cas du cancer du sein, les effets du Programme québécois de dépistage dans la région devraient s'ajouter, dans environ 5 à 7 ans, à la tendance de fond à la baisse des taux de mortalité. Pour les vingt premiers mois du programme, la participation des femmes de 50 à 69 ans atteint 32% aux deux points de services mis en place dans la région. La participation est plus forte en milieu urbain, où elle atteint 40%.[13] L'objectif du programme est de recruter au moins 70% de la population cible pour une mammographie de dépistage aux deux ans.

3.5 La mortalité prématurée

La mortalité prématurée se mesure communément par le taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant d'atteindre l'âge de 75 ans. Cet indicateur permet notamment de mesurer les pertes d'années de vie associées à différentes causes de décès et fournit une excellente indication des priorités d'intervention en matière de prévention. Il incorpore au nombre de décès pour une cause donnée la notion de «mourir jeune», qui est davantage associée à certaines causes de mortalité qu'à d'autres. Par exemple, les décès par accidents de la circulation en Outaouais surviennent en moyenne à l'âge de 34 ans, les suicides à 40 ans et les décès par cancers à l'âge de 65 ans. La figure suivante illustre les fractions du taux global d'APVP qui sont attribuables aux causes les plus importantes de mortalité prématurée en Outaouais (figure 10). On voit que les suicides et les accidents de la circulation, qui représentent ensemble à peine 3% des décès, sont responsables d'une proportion démesurée de la mortalité prématurée. Par ailleurs, lorsque les APVP par cancers sont analysées en détail, le cancer du poumon est responsable à lui seul du tiers de tous les APVP par cancers, suivi du cancer colorectal avec 12% (données non illustrées).

Figure 10


Causes les plus fréquentes de mortalité prématurée et proportions du taux globa
d'années potentielles de vie perdues, Outaouais, 1993-1997
Cancers
16.0%
MCV
12.0%
Suicide
6.7%
Acc. véhicules moteurs
4.0%
Sida
1.2%
Anomalies congénitales
2.2%
Mal. App. Resp
2.1%
Autres
55.8%
Source : MSSS, Direction générale de la santé publique, 1999

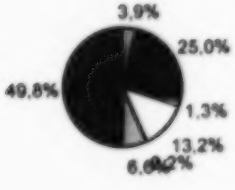
4. Les hospitalisations

Les figures 11 et 12 présentées à la suite illustrent les principales causes d'hospitalisation chez les femmes et chez les hommes de l'Outaouais au cours de la période 1998-1999 (incluant les hospitalisations en Ontario). Chez les femmes, les troubles mentaux sont responsables d'une proportion beaucoup plus importante des journées d'hospitalisations de courte durée que dans l'ensemble du Québec. Cette observation vaut pour tous les groupes d'âge. Chez les 1-14 ans, les troubles mentaux sont la première cause de journées d'hospitalisation dans la région, alors que les maladies respiratoires occupent le premier rang ailleurs au Québec. Chez les 15-24 ans, 33% des journées d'hospitalisations, contre 19% au Québec, sont associées à ces pathologies. A cause de cette tendance très marquée, toutes les autres causes d'hospitalisation chez les femmes sont proportionnellement moins importantes que dans l'ensemble du Québec.

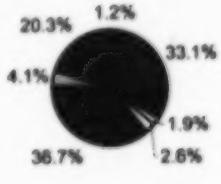
Figure 11

Répartition en % des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les femmes, année 1998-1999

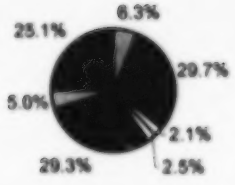
1-14 ans



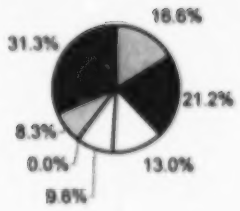
15-24 ans



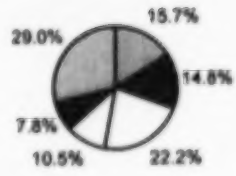
25-44 ans



45-64 ans



65-74 ans



75 ans et +

- Tumeurs
- Troubles mentaux
- Appareil circulatoire
- Appareil respiratoire
- Trauma & Empoisonnements
- Autres

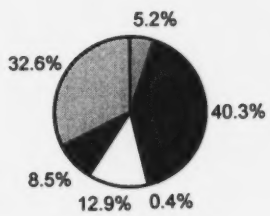
Sources: Med-Écho, J-57; ICIS.

Chez les hommes (figure 12), les troubles mentaux sont également sur représentés dans tous les groupes d'âge par rapport à l'ensemble du Québec. Chez les 15-24 ans par ailleurs, les accidents, empoisonnements et traumatismes comptent pour 26,7% des journées d'hospitalisations en Outaouais, alors que la proportion correspondante n'est que de 19,8% au Québec. On note également un léger excédent proportionnel pour les maladies respiratoires chez les hommes de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus en Outaouais comparativement au Québec.

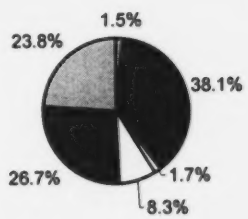
Figure 12

Répartition en % des journées d'hospitalisation de courte durée en fonction de certaines pathologies (diagnostic principal) selon l'âge chez les hommes, année 1998-1999

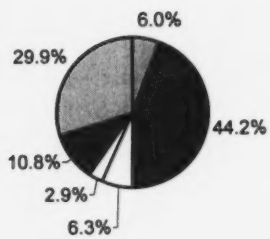
1-14 ans



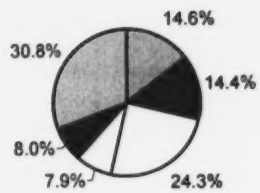
15-24 ans



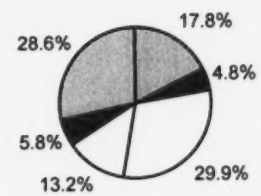
25-44 ans



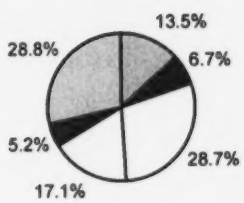
45-64 ans



65-74 ans



75 ans et +



- Tumeurs
- Troubles mentaux
- Appareil circulatoire
- Appareil respiratoire
- Trauma & Empoisonnements
- Autres

Sources: Med-Écho, J-57; ICIS.

Les excédents importants dans les proportions relatives de journées d'hospitalisation dues aux maladies mentales en Outaouais doivent être interprétés avec prudence eu égard à l'état de santé de la population. En général, les données d'hospitalisations constituent des indicateurs imparfaits de l'état de santé parce qu'elles dépendent d'un grand nombre de facteurs confondants, notamment de l'offre de services. Il est possible également que les différences observées s'expliquent par des considérations méthodologiques. Nous savons par ailleurs que la durée de séjour moyenne à l'hôpital psychiatrique Pierre-Janet était de 51,5 jours en 1998-1999, contre 37,0 jours en moyenne dans un groupe de 5 établissements psychiatriques typiques situés ailleurs au Québec.[14]

5. Les principaux problèmes de santé

5.1 Les maladies chroniques

Les maladies chroniques ont remplacé les maladies infectieuses comme problèmes de santé majeurs dans les pays occidentaux au cours de la seconde moitié du vingtième siècle. Une chose, cependant, n'a pas changé: dans le domaine des maladies chroniques aujourd'hui, comme dans celui des maladies infectieuses autrefois, «jamais un problème majeur de santé publique n'a été éliminé ou contrôlé par le traitement des individus qui en étaient affectés».[15]

La plupart des maladies chroniques auxquelles nous faisons face ont comme déterminants principaux les comportements et les habitudes de vie. Les comportements néfastes à la santé sont relativement fréquents dans la population, sont souvent cumulés chez les mêmes individus et sont communs à plusieurs pathologies, dont les plus importantes et les plus coûteuses: maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, maladies respiratoires... La promotion de la santé et la prévention primaire des maladies chroniques par la modification des habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme notamment) comportent donc un immense potentiel d'amélioration de la santé de la population, mais ces champs d'intervention demeurent largement sous-financés comparativement à celui des services hospitaliers.[16] Dans le cadre des ententes de gestion récentes entre le ministère et les régies régionales, les parties reconnaissent d'ailleurs l'importance d'accroître la part de la promotion et de la prévention dans l'ensemble des dépenses de santé et de convenir d'une façon de mesurer l'atteinte de cet objectif.[17]

Certaines maladies chroniques sont plus «visibles» en raison des impacts importants et mesurables qu'elles ont sur la mortalité: maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires, accidents de la circulation, suicides, sida... D'autres sont moins fréquemment des causes «immédiates» de décès mais agissent souvent en synergie avec les causes de décès majeures, en plus d'être des causes importantes de morbidité. Ce sont notamment les maladies arthritiques et rhumatismales, l'hypertension artérielle, l'asthme, les troubles mentaux, le diabète et la maladie d'Alzheimer. Toutes ces maladies sont actuellement en croissance, mais leur progression est plus difficile à suivre car elle repose principalement sur des données provenant d'enquêtes de santé.

Le tableau 1 présente la fréquence relative des problèmes de santé rapportés par la population de 15 ans selon l'Enquête sociale et de santé 1998 (Santé Québec). L'asthme, les troubles mentaux et le diabète sont rapportés plus fréquemment en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Tableau 1

Fréquence des problèmes de santé, Outaouais et ensemble du Québec, 1998

Problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes	
	Outaouais	Québec
Arthrite et rhumatisme	12,9	13,2
Hypertension	8,3	8,5
Affections respiratoires	5,9	5,8
Maladies cardiaques	5,1	5,2
Asthme	6,5	5,0
Troubles mentaux	5,2	4,8
Diabète	3,0	2,8
Bronchite ou emphysème	2,2	2,5

Source : Enquête sociale et de santé 1998

5.2 Les limitations d'activités

Les causes principales de limitations d'activités dans la population de 15 ans et plus sont présentées au tableau 1. Les «limitations d'activités» correspondent à des incapacités à plus ou moins long terme, entraînant une dépendance pour les soins personnels ou restreignant la mobilité.[18] En général, les proportions des limitations d'activités associées à différentes causes sont similaires en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. Notons cependant au passage de légères différences qui vont dans le même sens que les excès de mortalité par maladies cardiovasculaires et respiratoires observés dans la région. Par contre, les accidents et les troubles mentaux sont moins fréquemment la cause de limitations d'activités en Outaouais que dans l'ensemble du Québec.

Tableau 2
Causes de limitations d'activités, population et ménages privés, Outaouais et ensemble du Québec, 1998

Causes	Outaouais %	Québec %
Total	100,0	100,0
Cause		
Ostéo-articulaire	28,7	26,8
Cardiovasculaire	14,4	13,7
Respiratoire	8,9	8,2
Mentale	8,6	10,7
Accidentelle	7,0	8,3
Autre	32,4	32,3

Source : Enquête sociale et de santé 1998

En ce qui a trait à la prévalence globale des limitations d'activités, l'Outaouais présentait des excès importants par rapport au Québec lors de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Les écarts semblent avoir augmenté en 1998, autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 3).

Tableau 3
Évolution des taux de limitations d'activités, selon le sexe, population en ménage privé, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998

Sexe	Outaouais		Québec	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%		%	
Total	8,0	12,1	7,2	9,3
Hommes	7,7	10,3	6,4	8,2
Femmes	8,4	13,8	8,0	10,4

Sources: Enquête sociale et de santé 1992-1993
Enquête sociale et de santé 1998

Les taux de limitations d'activités ont augmenté de façon importante en Outaouais depuis la dernière enquête de Santé Québec. Ils dépassent maintenant ceux de l'ensemble du Québec dans tous les groupes d'âge. L'augmentation la plus rapide est observée chez les personnes de 25 à 44 ans, où les taux ont plus que doublé, ainsi que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, où ils atteignent désormais 30%. La hausse chez les 25-44 ans est d'autant plus déconcertante que l'Outaouais se comparait avantageusement avec l'ensemble du Québec dans ce groupe d'âge lors de l'enquête de 1992-1993.

Tableau 4

Évolution des taux de limitations d'activités, selon le groupe d'âge, population en ménage privé, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998

Groupe d'âge	Outaouais		Québec	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%		%	
0-24 ans	4,5	3,4	n.d	3,0
25-44 ans	6,0	13,0	6,1	7,4
45-64 ans	13,5	16,5	10,2	14,0
65 ans et +	19,2	30,0	n.d.	22,6

Source: Enquête sociale et de santé 1992-1993
Enquête sociale et de santé 1998

n.d. = non disponible

5.3 Certaines problématiques sociales touchant notamment les jeunes et les femmes

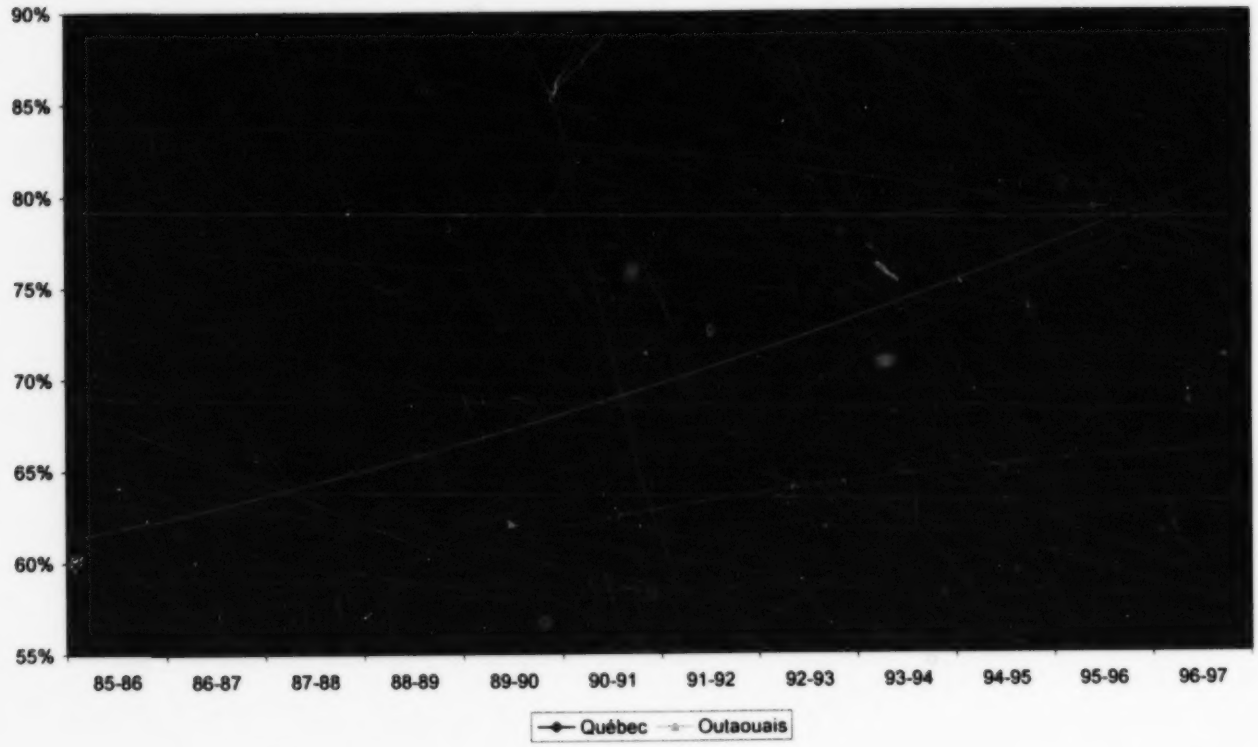
Le portrait de santé provincial préparé pour la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux passe volontairement sous silence les problèmes sociaux qui influencent la santé et qui touchent davantage les jeunes, les femmes et les groupes marginalisés. Même si nous disposons de peu d'indicateurs de l'impact de ces problèmes, nous prenons le parti de les mentionner et de les commenter sommairement dans cette section.

Les phénomènes sociaux comme la négligence à l'endroit des enfants, la violence et les toxicomanies ont des répercussions considérables sur l'état de santé, et même sur l'incidence des maladies «physiques». Nous savions déjà, par exemple, que les expériences traumatisantes vécues par les jeunes enfants étaient de bons prédicteurs de l'incidence des problèmes de santé mentale, des troubles comportementaux et de l'abus de substances psychotropes à l'âge adulte.[19] Des recherches récentes démontrent que l'environnement physique, familial et social du bébé et du jeune enfant produit aussi une «empreinte» physiologique durable qui pourrait s'avérer déterminante dans la prédisposition à certaines maladies «physiques» à l'âge adulte.[20] Ce type d'avancées scientifiques et bien d'autres semblables dans les champs de la psychologie, de l'éducation et de la criminologie notamment,[21] ont contribué à un certain consensus en faveur d'un réinvestissement «en amont des problèmes», notamment dans les domaines de la périnatalité et de la petite enfance. Les interventions mises de l'avant en ce sens doivent maintenant être consolidées et maintenues afin de produire des effets durables, qui ne se manifesteront dans toute leur ampleur qu'à l'échelle des générations.

Les tendances dans l'évolution des phénomènes de négligence, de mauvais traitements et de violence à l'endroit des enfants sont difficiles à évaluer avec les indicateurs dont nous disposons, essentiellement reliés à la consommation de services. Cependant, ces problèmes, de même que la délinquance et les troubles de comportement chez les adolescents, ne semblent pas en voie de diminution actuellement dans la région.[22] La dernière enquête régionale Styles de vie des jeunes, réalisée en 1996, révélait par ailleurs que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues par les jeunes du secondaire s'était remise à augmenter, après une baisse notable durant les années '80.[23] L'Outaouais présente aussi depuis plusieurs années un taux d'abandon scolaire au secondaire beaucoup plus élevé que la moyenne québécoise (figure 13). De plus, ce phénomène se manifeste avec autant d'acuité dans les secteurs «riches» que dans les secteurs socio-économiquement défavorisés de la région.[24] Selon les dernières statistiques disponibles, l'Outaouais serait maintenant la région où le taux de diplomation à l'ordre d'enseignement secondaire est le plus bas au Québec.[25]

Tableau 5

Taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires
Secteur des jeunes et des adultes



Source : MEQ, Indicateurs de l'éducation, 1998

Certains problèmes sociaux touchent spécifiquement les femmes. L'Outaouais présente un taux important de grossesses à l'adolescence. En 1997, il a atteint 25,2 pour 1000, alors qu'il se situait à 19,8 pour 1000 dans l'ensemble du Québec, plaçant la région au 3e rang après Montréal-Centre et la Côte-Nord. De plus, en Outaouais 31,7% des grossesses à l'adolescence conduisent à la naissance d'un enfant, alors que cette proportion est de 27,7% au Québec.[26] Le taux de perpétration d'actes de violence commis à l'endroit des femmes dans la région s'est accru de 50% de 1994 à 1997, alors qu'il a baissé dans l'ensemble de la province.[27]

À plusieurs égards, la situation des femmes immigrantes, et surtout de celles admises comme réfugiées, est particulière et nécessite des approches en santé mentale qui tiennent compte des références culturelles et du contexte particulier de leur société d'origine.[28]

D'autres problèmes sociaux originent de choix effectués dans d'autres secteurs gouvernementaux. On a observé, par exemple, une augmentation considérable des paris légaux au Canada dans les années '90, à cause notamment de la volonté des gouvernements d'augmenter leurs revenus sans avoir recours à une hausse des taxes et des impôts.[29] Or, plusieurs études épidémiologiques canadiennes ont démontré qu'environ 5% des personnes qui s'adonnent au jeu sont des «joueurs à problèmes» et qu'environ 1% sont des «joueurs compulsifs».[30] Par ailleurs, la littérature révèle qu'environ 4% à 7% des adolescents présentent des problèmes reliés aux jeux de hasard et que l'incidence de ces problèmes a augmenté de 75% à Montréal depuis l'ouverture du casino.[31] Dans cette perspective, la présence d'un casino à Hull est susceptible d'entraîner des effets négatifs importants sur la santé et le bien-être de la population de l'Outaouais.

5.4 Les principaux problèmes de nature infectieuse

Les maladies évitables par la vaccination sont maintenant bien contrôlées en Outaouais et dans l'ensemble du Québec. L'influenza (la "grippe") pose cependant un défi particulier, dans la mesure où les experts attendent une pandémie (mondiale) de la maladie d'ici quelques années, qui n'épargnera pas le Québec. La prévention de cette pandémie et de ses effets sur la santé de la population nécessite qu'on augmente progressivement de 150% le nombre de personnes vaccinées annuellement d'ici 5 ans. Cela représente le passage de 30,000 doses à 75,000 doses de vaccin dans la région. L'hépatite C risque également d'engendrer une pression croissante sur le système de santé au cours des prochaines années pour le suivi médical des individus infectés. La prévalence de la maladie dans la population est grandement sous-estimée actuellement, mais elle risque d'augmenter rapidement à mesure que le dépistage s'accentue dans les banques de sang et auprès des médecins de première ligne, en lien notamment avec les programmes d'indemnisation mis sur pied par les gouvernements fédéral et provincial. Par ailleurs, l'incidence des maladies transmissibles sexuellement (MTS), particulièrement la chlamydia et la gonorrhée, a recommencé à augmenter dans la région après plusieurs années de déclin.

Finalement, l'épidémie d'infections au VIH n'est pas encore contrôlée actuellement au Québec, même si le nombre de décès dus au sida a reculé de façon importante à cause des nouveaux traitements disponibles. Alors que durant les années '80 l'épidémie frappait surtout les hommes ayant des relations avec d'autres hommes, plus de 50% des nouvelles personnes infectées sont maintenant des utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI) et leurs partenaires sexuels.[32] Cette clientèle est marginalisée et elle a souvent peu de contacts avec le système de santé, notamment avec les services de désintoxication et de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes. On évalue à une centaine le nombre d'UDI marginalisés vivant actuellement au centre-ville de Hull. La séroprévalence de l'infection au VIH dans cette population dépasse 20%, un taux plus élevé que celui observé à Montréal ou dans n'importe quelle autre région du Québec.[33] La proximité du centre-ville d'Ottawa, avec son bassin important d'UDI, constitue un facteur explicatif important.[34]

5.5 Les principaux problèmes de santé environnementale et de santé au travail

La connaissance des principaux problèmes de santé secondaires à des contacts avec des substances chimiques nous vient principalement du registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). En 1999, le tiers des intoxications chimiques rapportées en Outaouais étaient attribuables au monoxyde de carbone. Les intoxications dues aux composés chlorés et soufrés représentaient un autre tiers des atteintes rapportées et la presque totalité étaient survenues dans des établissements industriels de fabrication de pâte à papier. Les intoxications au plomb représentaient environ 10% de toutes les intoxications chimiques déclarées. Par ailleurs, la moitié des nouveaux dossiers acceptés pour indemnisation professionnelle en Outaouais en 1997 concernaient des atteintes du système musculo-squelettique, notamment les lésions dues au travail répétitif et les maux de dos. Ce pourcentage était plus élevé que celui observé dans l'ensemble du Québec (42%).

6. La perception de l'état de santé

La perception ou l'auto évaluation de la santé est considérée comme un indicateur privilégié de l'état de santé de la population, car il est bien démontré qu'il est significativement associé à la mortalité, à la morbidité, aux limitations d'activité, à l'incapacité fonctionnelle, à l'utilisation des services de santé et à la consommation de médicaments.[35] Les proportions de la population de 15 ans et plus de l'Outaouais et du Québec qui ont une perception positive (excellente, très bonne ou bonne) de leur santé sont présentées au tableau 6.

La perception positive de l'état de santé décroît de façon prévisible à mesure que les individus vieillissent. Elle est également moins fréquente chez les personnes pauvres et moins scolarisées. Ces tendances sont universelles et leur gradiant est similaire en Outaouais et au Québec. Par ailleurs, la proportion de la population de l'Outaouais qui a une perception positive de sa santé en 1998 est légèrement plus faible que celle observée dans la population correspondante de l'ensemble du Québec. Cela est vrai dans tous les groupes d'âge, dans toutes les catégories de revenu et autant chez les individus ayant une scolarité faible que chez les individus ayant atteint un niveau de scolarité élevé. Globalement, la perception de l'état de santé semble s'être détériorée légèrement de 1992-1993 à 1998, sauf chez les personnes pauvres et chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Tableau 6

Pourcentage de résidents de l'Outaouais ayant une perception positive de leur état de santé selon quelques caractéristiques socio-démographiques, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998 et Québec 1998.

	Perception positive de l'état de santé %		
Caractéristiques	**Outaouais 1992-93**	**Outaouais 1998**	**Québec 1998**
Âge			
▪ 15 à 24 ans	93	91	93
▪ 25 à 44 ans	94	90	93
▪ 45 à 64 ans	85	86	88
▪ 65 ans et +	72	76	78
Niveau de revenu			
▪ très pauvre / pauvre	76	77	80
▪ moyen inférieur	90	86	88
▪ moyen supérieur / supérieur	92	90	93
Scolarité relative			
▪ faible	86	84	86
▪ élevée	92	89	91

Sources : Enquête sociale et de Santé 1992-93
Enquête sociale et de santé 1998

Les habitudes de vie

7.1 L'activité physique

Comme on peut le voir au tableau 7, les données des deux dernières enquêtes de Santé Québec indiquent que les proportions de personnes «actives» et «sédentaires» dans les populations de l'Outaouais et du Québec n'ont, à toutes fins pratiques, pas changé entre 1992-1993 et 1998. On observe d'ailleurs dans toutes les enquêtes canadiennes récentes sur l'activité physique, un plafonnement de la proportion d'individus «actifs» après une progression ininterrompue du début des années '70 jusqu'au milieu des années '80.[36] Il semble que la situation de l'Outaouais soit similaire à celle de l'ensemble du Québec en ce qui a trait à la pratique d'activités physiques de loisir, sauf que la proportion d'individus «très actifs» est un peu plus élevée dans la région. Inversement, près de la moitié de la population de l'Outaouais et du Québec est «sédentaire». Cela dit, ces résultats doivent être mis en perspective, car seules les activités de loisir sont mesurées. L'ajout de données sur le niveau d'activité physique au travail et dans la vie quotidienne permettrait une évaluation plus réaliste du niveau d'activité.

Tableau 7

Fréquence de participation à des activités physiques de loisir, population de 15 ans et plus, Outaouais et ensemble du Québec, 1992-1993 et 1998

Fréquence	Outaouais		Québec	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%		%	
3 fois/semaine et plus	27.0	28.5	25.3	26.0
1-2 fois/semaine	25.0	23.6	27.8	26.1
3 fois/mois et moins	48.0	48.0	46.9	48.0

Sources Enquête sociale et de santé 1992-1993

Enquête sociale et de santé 1998

7.2 L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure couramment utilisée pour évaluer de façon objective le poids corporel, en tenant compte de la taille et de l'âge des individus. Étroitement reliée aux habitudes de vie, elle comporte cependant des limites qu'il est utile de rappeler. Ainsi, elle ne s'applique de façon stricte que chez les adultes de 20 à 65 ans dont la taille et la condition physique sont assez stables, et elle ne permet pas de départager les personnes à forte musculature de celles qui font de l'embonpoint.[37] On remarque au tableau 8 que la situation en ce qui concerne l'excès de poids a évolué très défavorablement en Outaouais entre 1987 et 1998. La proportion de personnes affectées atteint maintenant 38% en Outaouais, comparativement à 28% seulement dans l'ensemble du Québec. Par contre, la proportion de la population qui présente un poids acceptable (« poids santé ») dans la région a diminué de 1987 à 1998.

Tableau 8

Indice de masse corporelle (IMC), population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993, 1998, et ensemble du Québec 1998

Indice de masse corporelle	Outaouais			Québec
	1987	1992-1993	1998	1998
		%		%
Poids insuffisant	10	9	12,7	13,4
Poids acceptable	66	62	63,6	58,5
Excès de poids	24	29	23,8	28,1

Sources : Enquête Santé Québec 1987

Enquête sociale et de santé 1992-1993

Enquête sociale et de santé 1998

7.3 La consommation d'alcool

Le tableau 9 ne donne qu'un aperçu général des profils de consommation d'alcool dans la population de l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec. L'analyse détaillée des données de l'enquête apportera sans doute un complément d'informations utiles, notamment sur la consommation par groupes d'âge et sur la consommation problématique. Les données présentées ici révèlent que la proportion de la population de l'Outaouais qui consomme de

l'alcool a augmenté depuis 1992-1993. Cette augmentation s'est faite en grande partie aux dépens des «abstinents à vie», donc on peut supposer qu'une proportion plus grande de jeunes consomment maintenant de l'alcool. Cette hypothèse est étayée par la tendance à la hausse de la consommation mesurée dans les enquêtes régionales Style de vie des jeunes de 1992 et de 1996.

La proportion de «buveurs actuels» dans la population de 15 ans et plus en 1998 est de 88% chez les hommes et de 79% chez les femmes de l'Outaouais (données non illustrées). Cet écart entre les sexes est identique à celui observé au Québec. La région compte proportionnellement moins d'abstinents et d'anciens buveurs que l'ensemble du Québec, et plus de buveurs actuels. La signification statistique de ces différences n'est cependant pas établie à ce stade des analyses de l'enquête sociale et de santé 1998.

Tableau 9

Profils de consommation d'alcool, population de 15 ans et plus, Outaouais 1992-1993 et 1998, et ensemble du Québec 1998

Profils de consommation	Outaouais %		Québec %
	1992-93	1998	1998
Abstinents	13.7	11.6	12.8
Anciens buveurs	5.6	4.9	5.9
Buveurs actuels	80.6	83.5	81.3

Source : Enquête sociale et de santé 1992-1993
Enquête sociale et de santé 1998

7.4 Le tabagisme

Comme nous l'avons vu notamment dans les sections portant sur la mortalité, les hospitalisations et les maladies chroniques, les effets sur la santé de la consommation de tabac dans la région sont relativement importants. Depuis l'enquête Santé Québec de 1987, nous savons que la proportion de fumeurs réguliers dans la population de l'Outaouais est très supérieure à la moyenne québécoise. En 1992-1993, l'Outaouais était au 4^{e} rang parmi les 16 régions du sud du Québec avec 35% de fumeurs réguliers. L'enquête de 1998 révèle que

nous en sommes exactement au même point cinq ans plus tard (tableau 10). En guise de consolation, mentionnons cependant que l'ensemble du Québec a également fait du «sur place» durant la même période. La proportion plus faible d'anciens fumeurs en Outaouais appelle à une accentuation des efforts pour promouvoir la cessation tabagique dans la région. Le même constat avait été fait à la suite de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993.

Tableau 10

Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, Outaouais 1987, 1992-1993, 1998 et ensemble du Québec 1998

Types de fumeurs	Outaouais			Québec
	1987	1992-1993	1998	1998
		%		%
Jamais Fumé	25	30	31,2	32,4
Anciens fumeurs	31	31	30,4	33,7
Occasionnels	4	4	3,3	3,5
Réguliers	40	35	35,1	30,5

Sources : Enquête Santé Québec 1987

Enquête sociale et de santé 1992-1993

Enquête sociale et de santé 1998

Le tableau 11 présente les données sur le tabagisme selon le sexe. Comme dans les enquêtes précédentes, la proportion de fumeurs réguliers est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Cependant, tant en Outaouais que dans l'ensemble du Québec, la proportion de femmes qui fument régulièrement a augmenté de 1992-1993 à 1998, alors qu'il y a de moins en moins d'hommes qui fument (données non illustrées).

Par ailleurs, l'écart entre l'Outaouais et le Québec en 1998 est plus prononcé chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 11

Types de fumeurs, population de 15 ans et plus, selon le sexe, Outaouais et ensemble du Québec, 1998

Types de fumeurs	Outaouais		Québec	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%		%	
Jamais Fumé	26,8	35,6	28,4	36,2
Anciens fumeurs	32,5	28,4	36,2	31,2
Occasionnels	2,8	3,8	3,6	3,4
Réguliers	37,9	32,3	31,8	29,2

Source : Enquête sociale et de santé 1998

8. Résumé et conclusion

Ce portrait de santé de la région de l'Outaouais a été préparé spécifiquement comme document de support à la consultation régionale de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux qui aura lieu à l'automne 2000. Il est complémentaire au document provincial *Santé au Québec: quelques indicateurs*, qui constitue un survol général de l'état de santé de la population du Québec. Le présent document insiste sur les particularités régionales et sur les différences entre l'Outaouais et le Québec sur le plan de divers indicateurs. Il aborde aussi des problèmes moins facilement mesurables qui préoccupent cependant les décideurs et les intervenants de différents secteurs d'activité dans la région.

L'interprétation des données de ce portrait de santé régional nécessite d'abord une perspective générale. Le Canada, le Québec et l'Outaouais comptent une population dont l'état de santé est un des meilleurs au monde. Globalement, l'état de santé de cette population ne cesse de s'améliorer, comme en font foi les indicateurs synthétiques les plus valides dont nous disposons, comme l'espérance de vie et le taux de mortalité ajusté pour tenir compte du vieillissement et de la

croissance démographique. Dans cette perspective, les différences entre l'état de santé de la population de l'Outaouais et celui de l'ensemble du Québec sont minimes.

Cela dit, les comparaisons avec le Québec, qui ne sont pas toujours flatteuses pour l'Outaouais, sont éminemment pertinentes. Les déficits observés représentent pour l'Outaouais des écarts qu'il est théoriquement possible de combler à court terme, puisque nous partageons avec l'ensemble des Québécois le même ensemble social, économique et culturel, ainsi que le même système de santé. D'emblée, il faut associer à ce constat un bémol important: l'Outaouais possède aussi des caractéristiques socio-économiques et culturelles particulières qui découlent notamment de sa situation de frontalité et qui ont une influence importante sur l'état de santé de sa population. Nous savons maintenant que le système de santé n'est pas le principal déterminant de l'état de santé et de bien-être d'une population. En corollaire, le système de santé n'est pas le seul acteur interpellé par ce portrait de santé.

Les données spécifiques par indicateurs présentées dans ce document peuvent être résumées de la façon suivante :

- Les indicateurs démographiques

  - une région formée d'un noyau urbain relativement riche et de territoires semi-urbains et ruraux plus pauvres où la population est vieillissante;
  - des inégalités socio-économiques importantes entre les quartiers urbains;
  - une économie régionale fortement « tertiarisée », où les secteurs d'activité traditionnels sont en perte de vitesse.

- Les indicateurs généraux de l'état de santé

  - Une espérance de vie à la naissance et une espérance de vie en bonne santé inférieures à la moyenne québécoise;
  - Une mortalité infantile comparable, mais un taux de prématurité et de naissances de petit poids supérieur au Québec;
  - Un taux de mortalité générale supérieur de 5% à la moyenne québécoise;
  - Une auto-évaluation moins bonne de son état de santé par la population;
  - Un taux de limitation d'activités plus élevé qu'ailleurs au Québec.

- Les problèmes de santé facilement mesurables

  - Des excès de mortalité essentiellement attribuables aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires chroniques et au cancer du poumon;
  - Une proportion plus élevée de journées d'hospitalisations pour troubles mentaux;
  - Une fréquence auto-rapportée d'asthme, de troubles mentaux et de diabète plus élevée que dans l'ensemble du Québec;
  - Le taux de séropositivité au VIH le plus élevé au Québec parmi les utilisateurs de drogues intraveineuses du centre-ville de Hull;
  - Des problèmes d'intoxications chimiques surtout dus au monoxyde de carbone, ainsi qu'aux gaz chlorés et soufrés utilisés dans l'industrie papetière.

- Les problèmes sociaux touchant les jeunes, les femmes et les clientèles particulières

  - Pas de diminution notable de l'incidence des cas de mauvais traitements, de violence et de négligence à l'endroit des enfants;
  - Une augmentation du nombre de cas de délinquance et de troubles du comportement chez les adolescents;
  - Une consommation de tabac, d'alcool et de drogues qui demeure relativement élevée chez les jeunes de la région;
  - Le taux de diplômation secondaire le plus faible de toutes les régions du Québec;
  - Un taux de grossesses à l'adolescence significativement plus élevé que la moyenne québécoise;
  - Une augmentation du taux de perpétration d'actes de violence à l'endroit des femmes, qui va à l'encontre de la tendance québécoise;
  - Des retombées négatives prévisibles sur l'état de santé des individus et des familles de la présence d'un casino dans la région.

- Les habitudes de vie

  - Un plafonnement du taux de participation à des activités physiques de loisirs;
  - Une augmentation constante de la prévalence de l'excès de poids dans la région, qui dépasse maintenant de 30% le taux québécois;
  - Une proportion croissante de la population qui consomme de l'alcool, particulièrement chez les jeunes;
  - Une stagnation du taux de fumeurs réguliers dans la région, déjà significativement supérieur à celui observé dans l'ensemble du Québec.

Références

[1] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Santé au Québec: quelques indicateurs.* Gouvernement du Québec, juin 2000.

[2] Émond L. *Les résidents de l'Outaouais – Profil démographique, social et économique – Recensement 1996.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, février 1999.

[3] *The Ottawa Citizen*, 3 août 2000.

[4] Courteau JP, Charlebois J, Trempe N. *Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais urbain et dans le Québec urbain.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, novembre 1996.

[5] Lavoie J. *L'économie de l'Outaouais – son évolution au cours de la décennie 1987-1997.* Emploi Québec Outaouais, 1999.

[6] Duclos B. *Déplacements quotidiens des travailleurs de l'Outaouais et leur intégration au marché de l'emploi ontarien*, Département des ressources humaines du Canada, Direction de l'information et de la planification stratégique, Gouvernement du Canada, 1995.

[7] Table Éducation-Outaouais. *Plan stratégique de développement de l'éducation en Outaouais: état de la situation, enjeux et priorités*, p. 31-40, mai 2000.

[8] Table Éducation-Outaouais. *Plan stratégique de développement de l'éducation en Outaouais: état de la situation, enjeux et priorités* (document synthèse), mai 2000.

[9] Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. *Pour l'autonomie régionale en matière de santé et de services sociaux.* Mémoire présenté à la Commission de l'Outaouais sur l'avenir du Québec, février 1995.

[10] Émond L, Gélinas R. *Mortalité en Outaouais 1969 à 1993 – Nombres de décès, taux standardisés et indices comparatifs* (recueil de tableaux), Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, juillet 1996.

[11] Courteau JP. *Vingt-cinq ans de statistiques sur la mortalité dans la région de l'Outaouais 1969 à 1993.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, avril 1997.

[12] Fichier des décès, MSSS, données compilées par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2000.

[13] Émond L. Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein, mai 2000. Communication personnelle.

[14] MED-Écho, Explorateur APR-DRG.

[15] Albee G. Conférence prononcée à la IIIe Conférence Nationale sur la Prévention, Waterloo, Ontario, mai 1987 (traduction libre).

[16] Rachlis M, Kushner C. Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it. Chap.2 : Dollars and Sense. Toronto, Collins (Ed.), 1989.

[17] Jobin L. *Pour bien suivre les investissements en promotion de la santé et du bien-être et en prévention. Développer un langage commun.* Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, Service des orientations stratégiques, 2000.

[18] Santé Québec; Bellerose C, Lavallée C, et al. *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de lEnquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.

[19] Kramer MS, Joseph KS. Enigma of fetal/infant origins hypothesis. *Lancet* 1996: 348(9): 1254.

[20] Barker DJ. *Mothers, Babies, and Disease in Later Life*. London: British Medical Journal, 1994.

[21] Tremblay RE. Comprendre et favoriser le développement des enfants (Pour changer le monde). *Société Royale du Canada, Académie des lettres et des sciences humaines* 1997: 50: 117-130.

[22] Émond L. *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être appliqués à l'Outaouais au début du nouveau millénaire*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 2000.

[23] Deschesnes M. *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire 1985-1991-1996*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 1996.

[24] Comité régional sur l'abandon scolaire. *L'Abandon scolaire en Outaouais – problématique et pistes d'intervention*. Table Éducation-Outaouais, 2000.

[25] Bouchard J. Ministère de l'Éducation, Direction générale de l'Outaouais, communication personnelle, août 2000.

[26] Ministère de la santé et des services sociaux. *Nombre et taux de grossesses pour 1000 adolescentes, Québec et régions sociosanitaires, 1995, 1996, 1997* (Recherche et rédaction: Madeleine Rochon), 1999.

[27] Ministère de la sécurité publique. *Criminalité au Québec, statistiques 1997.*

[28] Conseil du statut de la femme. *Les conditions de vie des femmes et le développement local et régional dans l'Outaouais.* Gouvernement du Québec, 2000.

[29] Korn DA. Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163(1): 61-64.

[30] Van Es R. Identifying problem and compulsive gamblers. *Canadian Family Physician* 2000; 46: 1323-1331.

[31] Vitaro F et Ladouceur R. Propos rapportés par Perreault M. Le Québec est à l'avant-garde de la prévention du jeu compulsif, mais des amélioration s'imposent. *La Presse*, 17 juin 2000.

[32] Santé Canada. Le VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, avril 2000.

[33] Alary M, Hankins C, et al. *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection.* Rapport intérimaire, mars 2000.

[34] Courteau JP, Léveillé D. *Évaluation des programmes d'échange de seringues de la région de l'Outaouais.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 1996.

[35] Segovia J, Bartlett FR, et al. An Empirical Analysis of the Dimensions of Health Status Measures. *Social Science and Medicine* 1989; 29(6): 761-768.

[36] Stephens T, Caspersen CJ. The demography of physical activity, dans Bouchard C., Shephard RJ, et al.: *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus statement*, Champaign, Human Kinetics, p.204-213.

[37] Santé et bien-être social Canada. *Niveaux de poids associés à la santé: lignes directrices canadiennes.* Rapport du groupe d'experts des normes pondérales, 1988.